



RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX
POUR LES EMPLOYÉS DES ÉCOLES
DU MANITOBA

**Régime d'assurance maladie et
d'assurance soins dentaires
complémentaire
Enseignants
En vigueur le 1er janvier 2026**

Admissibilité

Les prestations d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires sont mises à la disposition des enseignants permanents à temps plein ou à temps partiel de même qu'aux enseignants nommés pour une période déterminée d'au moins 60 jours ouvrables consécutifs. L'assurance est également offerte à vos personnes à charge admissibles. Les nouveaux enseignants deviennent admissibles aux prestations à leur date d'entrée en fonction. La couverture est obligatoire pour les enseignants qui travaillent dans une mesure de 30 % ou plus de l'horaire à temps plein, à moins que vous ayez accès à une autre couverture collective administrée par l'employeur. La couverture est facultative pour les enseignants embauchés pour une durée d'au moins 60 jours ouvrables consécutifs, mais moins de 30 % de l'horaire à temps plein.

Par personnes à charge, on entend votre conjoint et vos enfants à charge tels que décrits ci-dessous.

Par « conjoint(e) », on entend la personne avec laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous avez habité pendant au moins une année dans une situation assimilable à une relation conjugale.

Vous devez inscrire votre conjoint(e) à votre régime lorsqu'il ou elle devient admissible (date de mariage ou un an suivant la date de cohabitation). Si le changement est signalé dans les 90 jours suivant la date d'admissibilité (date de mariage ou un an suivant la date de cohabitation), la couverture pour le conjoint et les enfants à charge (le cas échéant) commencera à partir de la date d'admissibilité. Si vos personnes à charge ne sont pas déclarées dans les 90 jours, l'assurance soins dentaires est assujettie à une restriction de prestations pour la première année. L'assurance maladie débutera un an après la date de notification.

Par « enfants à charge », on entend tous les enfants de sang ou adoptés légalement, tous les enfants issus d'une union antérieure du conjoint ou tous les enfants dont vous êtes le tuteur légal. Les enfants de la personne avec laquelle vous habitez et avec qui vous êtes en situation assimilable à une relation conjugale sont aussi admissibles, à condition qu'ils habitent avec vous. Tous les enfants doivent être célibataires, âgés de moins de 21 ans et à votre charge ou célibataires et âgés de moins de 25 ans et fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement, un collège ou une université reconnus.

La limite d'âge ne s'applique pas aux enfants atteints d'une déficience physique ou mentale si cette déficience a commencé pendant qu'ils étaient considérés comme enfants à charge conformément à la définition ci-dessus.

Adhésion

Vous devez souscrire à ce régime en signalant votre véritable situation de famille et en indiquant toutes vos personnes à charge admissibles.

Afin de protéger la viabilité de ces régimes, une fois inscrit, vous n'êtes pas autorisé à vous en retirer tant que vous êtes employé, sauf si vous avez récemment obtenu une autre couverture collective gérée par l'employeur. Un avis d'une autre couverture est nécessaire dans les 90 jours suivant l'acquisition de l'autre régime.

Congés autorisés

Vous pouvez continuer à souscrire votre assurance avec prime pendant un congé autorisé pourvu que ce soit pour la durée du congé, à moins d'obtenir une couverture en vertu d'une autre assurance collective administrée par l'employeur.

Prestation de survivant

Advenant votre décès, votre conjoint et les personnes à charge (termes définis ci-dessus) peuvent poursuivre la couverture actuelle, avec paiement des primes, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- a) la date de résiliation du contrat du client;
- b) la fin du mois suivant 24 mois après le décès de l'employé.
- c) la fin du mois à partir de la date à laquelle des prestations similaires sont obtenues ailleurs;
- d) la fin du mois à compter de la date à laquelle l'admissibilité des personnes à charge prendrait normalement fin, comme défini ci-dessus;
- e) la fin du mois à compter de la date de remariage du conjoint (vos personnes à charge demeurent alors admissibles conformément aux points a) à d), ci-dessus).

La demande de couverture des survivants doit être soumise dans les 90 jours civils suivant la date du décès de l'employé.

Services d'ambulance

Vous serez remboursé à 100 % des frais admissibles.

Service ambulancier

Règlement des frais raisonnables et habituels pour les services ambulanciers assurés dans la province et pour les personnes qui demeurent proches de la frontière de la Saskatchewan et doivent être transportées à un hôpital en Saskatchewan. Un paiement maximum de 250 \$ par voyage (selon les tarifs provinciaux) pour les services ambulanciers assurés ailleurs. Cette garantie inclut non seulement les services ambulanciers en direction ou en provenance d'un hôpital, mais également les déplacements de longue distance en ambulance pour lesquels des frais de distance supplémentaires sont exigés.

Aucune restriction ne s'applique à la somme payable pour les services reçus dans la province ou au nombre de déplacements couverts.

Tout déplacement « urgent » en ambulance est couvert et tout déplacement « non urgent » est couvert si recommandé au préalable par le médecin traitant et si le patient est non ambulant et qu'il ne peut être transporté autrement que par ambulance.

Des indemnités d'ambulance aérienne seront versées jusqu'à concurrence de la somme équivalente à celle versée si les services avaient été offerts par ambulance terrestre.

Service de civière (fourgonnette médicale)

Les frais de transport « non urgent » par un service de civière participant, vers et depuis un hôpital ou entre hôpitaux, sont couverts jusqu'à un maximum à vie de 500 \$ par personne.

Accommodement pour soins médicaux

Le paiement pour les frais d'hospitalisation de la part d'un fournisseur approuvé si vous avez besoin de test diagnostique ou de traitement dans un hôpital situé dans un rayon de plus de 60 km de votre domicile. Une autorisation préalable est recommandée.

Exclusions générales

Consultez la page 14.

Assurance maladie complémentaire

Les frais admissibles sont les frais raisonnables et coutumiers pour les services et fournitures dont il est question ci-dessous, nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure.

Vous recevrez un remboursement à 80 % des frais admissibles suivants **(90 % des médicaments sur ordonnance admissibles achetés à Costco ou Express Scripts Canada)** :

Traitement dentaire à la suite d'un accident

Frais pour un traitement dentaire rendu nécessaire par une blessure accidentelle à la mâchoire ou aux dents naturelles. Le traitement doit commencer dans les 90 jours suivant l'accident. Les implants dentaires et l'orthodontie ne sont pas couverts.

Soins assistés

Frais engagés pour des services de soins assistés, jusqu'à concurrence de 30 \$ par jour durant un maximum de 14 jours par maladie ou par blessure. Pour être admissibles, les services doivent avoir été prescrits par le médecin traitant ou l'infirmier praticien et être fournis dans les 12 mois suivant votre sortie de l'établissement où vous avez été hospitalisé. Les services admissibles sont ceux qu'offrent les personnes (qui ne sont pas des parents) employées régulièrement comme aides-soignantes professionnelles, préposés aux soins à domicile ou auxiliaires familiaux.

Réadaptation cardiologique

Maximum à vie de 500 \$ pour les patients atteints d'une cardiopathie diagnostiquée nécessitant les services d'un programme de réadaptation cardiologique reconnu, lorsque prescrit par le médecin traitant ou l'infirmier praticien.

Vêtements de compression

Frais pour vêtements de compression prescrits par le médecin traitant ou une infirmière praticienne pour le traitement d'une maladie diagnostiquée ou d'une blessure. La valeur de compression minimale doit être de 20 mm Hg.

Orthèses de pied

Frais engagés pour l'achat d'orthèses de pied prescrites par le médecin traitant, l'infirmier praticien, le chiropraticien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le podiatre traitant, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne, par année civile.

Appareils auditifs

Frais pour l'achat ou la réparation d'appareils auditifs prescrits par un otologiste ou un audiologiste jusqu'à un maximum de 2 000 \$ par personne pour toute période de cinq années consécutives. Les frais pour l'entretien et la réparation des appareils et pour l'achat de piles ou de dispositifs de recharge ne sont pas admissibles.

Fournitures médicales

Frais liés à la location, à l'achat ou à la réparation des appareils suivants :

- un fauteuil roulant, un lit d'hôpital, un équipement d'oxygénation ou un appareil respiratoire prescrit par le médecin traitant, l'infirmier praticien, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par article par personne pendant toute période de cinq (5) années consécutives.
- un appareil de ventilation en pression positive continue (VPPC) prescrit par un médecin ou un infirmier praticien, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne pendant toute période de cinq (5) années consécutives;
- des pompes à insuline prescrites par un médecin ou un infirmier praticien, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne pendant toute période de cinq (5) années consécutives;
- un cadre de marche prescrit par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute;
- d'autres équipements médicaux s'ils sont prescrits par le médecin traitant, l'infirmier praticien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport, jusqu'à un maximum à vie de 500 \$ par personne.

Chaussures orthopédiques et modifications

Frais engagés pour la fabrication sur mesure de chaussures orthopédiques à partir d'un moule, ou pour la modification de chaussures achetées en magasin (à l'exclusion des orthèses et des semelles amovibles ou fixes) à des fins d'adaptation ou dans le but de soulager ou de remédier à un défaut mécanique ou à une malformation du pied.

Frais engagés pour la modification de chaussures orthopédiques (à l'exclusion des orthèses et des semelles amovibles ou fixes) à des fins d'adaptation ou dans le but de soulager ou de remédier à un défaut mécanique ou à une malformation du pied.

Il faut présenter une copie de l'ordonnance du médecin traitant, de l'infirmier praticien ou du podiatre, un diagnostic médical ainsi qu'une description détaillée des chaussures orthopédiques et de la ou des modifications nécessaires.

Le paiement est restreint à un maximum combiné de 500 \$ par personne, par année civile. Les bottes, sandales et chaussures propres à un sport particulier ne sont pas admissibles.

Praticiens paramédicaux

Ces services sont assujettis à des frais maximums par visite (frais habituels et raisonnables) – on peut consulter les frais maximums spécifiques à www.mpsebp.ca/health/pervisitmaximums

Les frais engagés pour les services suivants offerts par les praticiens en santé mentale jusqu'à un **montant maximum combiné** de 1 500 \$ par personne par année civile :

- Psychologue clinicien
- Travailleur social
- Psychothérapeute
- Conseiller clinicien
- Thérapeute de couple ou familial

Frais pour les services des praticiens paramédicaux suivants, jusqu'à concurrence de 850 \$ par personne, par type de praticien (sauf si indiqué ci-dessous) par année civile :

- Acupuncteur
- Thérapeute du sport/physiothérapeute (maximum combiné par année civile)
- Audiologiste
- Chiropraticien (y compris les radiographies)
- Massothérapeute (non apparenté)
- Naturopathe
- Ergothérapeute
- Ostéopathe
- Podiatre/infirmier certifié en soins des pieds (maximum combiné par année civile)
- Diététiste professionnel
- Orthophoniste

Médicaments sur ordonnance

Une ordonnance se compose du coût des ingrédients et des frais d'exécution d'ordonnance du pharmacien. (Les frais d'exécution d'ordonnance varient d'une pharmacie à une autre.) Les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments sur ordonnance sont couverts jusqu'à un maximum de 10 \$ par prescription. Le montant maximal payable annuellement sera régi par le montant de franchise du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba ou tout autre programme parrainé par le gouvernement.

Cette prestation couvre les médicaments admissibles prescrits qui figurent sur la liste des médicaments assurés ci-dessous :

- Liste de médicaments gérés : liste de médicaments sur ordonnance cliniquement efficaces, admissibles au régime d'assurance-médicaments du Manitoba, utilisés pour le diagnostic et le traitement de la plupart des états de santé, sur la base de la médecine actuelle fondée sur des données probantes et du jugement des médecins, des pharmaciens et d'autres experts. Croix Bleue peut, en permanence, ajouter, supprimer ou modifier sa liste de médicaments admissibles.

Cette prestation couvre également les frais énumérés ci-dessous :

- Les fournitures pour diabétiques, y compris les bandelettes réactives, les lancettes, les aiguilles, les seringues et les fournitures pour pompes à insuline.
- Un système de surveillance instantanée de la glycémie, y compris un lecteur par personne tous les 36 mois et des capteurs, à concurrence de 2 000 dollars par personne par année civile.*
- Un système de surveillance du glucose en continu, y compris un récepteur par personne tous les 60 mois, des capteurs et des transmetteurs, à concurrence d'un maximum combiné de 3 000 \$ par personne par année civile.*
- Les vaccins à concurrence de 1 000 dollars par personne par année civile.
- Les préparations et composés dont l'ingrédient principal est un médicament admissible figurant sur la liste ci-dessus.

* Pour être admissible, la personne doit répondre aux critères établis par le régime d'assurance-médicaments du Manitoba.

Un médicament admissible doit répondre aux critères suivants :

- être approuvé par Santé Canada;
- avoir un numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada;
- être prescrit par un médecin ou une infirmière praticienne autorisée à prescrire en vertu de la loi provinciale applicable;
- être approuvé par Croix Bleue comme frais admissibles; et
- être dispensé par un fournisseur qui est une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut déterminer que certains médicaments admissibles doivent faire l'objet d'une autorisation spéciale ou d'une coordination avec les programmes d'assistance aux patients.

Croix Bleue remboursera le médicament interchangeable le moins cher. Vous pouvez demander un médicament interchangeable plus cher, mais vous devrez payer la différence de coût entre les médicaments interchangeables. Si le médecin indique que le médicament interchangeable prescrit ne peut être remplacé, Croix Bleue remboursera le coût du médicament interchangeable prescrit.

Un médicament interchangeable est un médicament admissible qui peut être remplacé par un autre médicament admissible, étant donné que les deux médicaments sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada, qu'ils contiennent les mêmes principes actifs et qu'ils ont la même voie d'administration.

Vous recevrez un avis vous suggérant de vous inscrire au Régime d'assurance-médicaments du Manitoba lorsque les frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicaux auront atteint le maximum de 1 000 \$ par famille (ou certificat) durant l'année du Régime. Si aucune preuve d'adhésion n'est reçue, le remboursement des frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicaux sera interrompu dès que ces frais atteindront 1 500 \$ par famille (ou certificat) durant cette année du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba jusqu'à ce que l'on reçoive la preuve d'adhésion. Cela assure que les coûts du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba admissibles sont payés par celui-ci.

Vos enfants à charge âgés de 18 ans et plus recevront un avis d'inscription au Régime d'assurance-médicaments du Manitoba lorsque les frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicaux auront atteint le maximum de 100 \$ durant l'année du Régime. Si aucune preuve d'adhésion n'est reçue, le remboursement des frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicaux sera interrompu dès que ces frais atteindront 200 \$ durant cette année du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba jusqu'à ce que l'on reçoive la preuve d'adhésion.

Pharmacie privilégiée

Le Manitoba Public School Employees Benefits Plan Trust (Fonds d'avantages sociaux pour les employés des écoles publiques du Manitoba) a une entente avec des pharmacies privilégiées.

Lorsque vous achetez des médicaments admissibles à Costco ou Express Scripts Canada (ESC), vous recevrez un remboursement à 90 % des dépenses admissibles plutôt que 80 %. Les ordonnances sont livrées gratuitement à votre domicile ou à l'adresse de votre choix (certaines conditions s'appliquent).

La pharmacie chez Costco peut être utilisée pour vos ordonnances à court terme. Une carte de membre Costco n'est pas requise pour utiliser leur pharmacie.

ESC sert plutôt aux ordonnances à long terme, telles que les médicaments d'entretien utilisés pour soigner les maladies chroniques. ESC gère les renouvellements et les transferts d'ordonnance. Les pharmaciens sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour vous inscrire à ESC, allez à <https://pharmacy.express-scripts.ca/MPSE> (code VIP : MPSE), ou composez le 1-855-550-6337. Vous aurez besoin de votre carte d'identification ainsi que l'information sur l'ordonnance de tout médicament d'entretien que vous prenez.

Soins infirmiers privés

Frais de soins infirmiers privés ou de visites à domicile par un infirmier autorisé professionnel (et non un parent) délivrés soit à l'hôpital soit à domicile, à condition que ces services aient été prescrits par le médecin traitant ou l'infirmier praticien, jusqu'à un maximum de 3 000 \$ par personne par année civile. Les visites à domicile doivent s'effectuer dans les 12 mois suivant la sortie de l'hôpital et être conséquentes au traitement du problème de santé pour lequel le patient a été hospitalisé.

Appareils prothétiques et équipements de réadaptation physique

Frais d'achat ou de réparation des appareils suivants :

- plâtres, cannes et béquilles;
- yeux et membres artificiels s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou l'infirmier praticien;
- prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou l'infirmier praticien, jusqu'à concurrence de 400 \$ par mastectomie unilatérale et 800 \$ par mastectomie bilatérale par année civile;
- perruques ou postiches s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, jusqu'à un maximum à vie de 1 000 \$ par personne;
- attelles, bandages herniaires, broches, soutiens épisacro-iliaques, corsets, appareils de traction et collets cervicaux s'ils sont prescrits par le médecin traitant, l'infirmier praticien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport.

Allocation pour un tuteur

Remboursement des frais engagés pour les services d'un tuteur, jusqu'à concurrence de 15 \$ l'heure sans dépasser 1 500 \$ par accident ou par maladie dans un délai de six (6) mois suivant la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie. Pour être admissible, l'étudiant doit être frappé d'une incapacité totale pendant plus de 30 jours au cours de la période de 90 jours qui suit immédiatement l'accident ou l'apparition de la maladie.

Prestations de soins de la vue

Nous vous rembourserons 100 % des frais de soins de la vue admissibles suivants jusqu'à concurrence de 300 \$ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs suivant la date actuelle d'achat du premier article de soin de la vue qui a fait l'objet d'une demande de règlement :

- lunettes (lentilles ou montures), lunettes de remplacement et lentilles cornéennes lorsqu'elles sont prescrites par un médecin, un ophtalmologiste ou un optométriste;
- réparation de lunettes existantes;
- chirurgie des yeux au laser, y compris le coût d'implants cristallins pliables, réalisée par un ophtalmologiste ou un médecin.

Vous serez remboursé à 80 % des frais engagés de soins de la vue admissibles suivants jusqu'à concurrence de 120 \$ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs, à condition qu'aucune partie de ces frais ne donne droit à un remboursement en vertu d'un régime législatif :

- un examen de la vue rendu par un médecin, ophtalmologiste ou optométriste.

Exclusions générales

Consultez la page 14.

Assurance maladie de voyage

La couverture pour l'assurance maladie de voyage est fournie pour vous et vos personnes à charge :

- pour les voyages d'agrément ou d'affaires; ou
- pendant une année sabbatique, un congé payé, un congé sans solde, un échange entre employés ou toute autre absence de ce genre.

L'assurance maladie de voyage s'applique uniquement à un **traitement médical d'urgence imprévu**. Les prestations sont payables sans maximum global.

Informations sur la durée maximale des voyages :

- La couverture est limitée aux 90 premiers jours de tout voyage à l'extérieur du Canada.
- La couverture est illimitée pour les voyages à l'intérieur du Canada.

Résumé des prestations

Votre garantie couvre 100 % des frais suivants :

- Frais d'hospitalisation ou de consultation externe.
- Frais médicaux et chirurgicaux engagés pour les services d'un médecin qualifié et autorisé. Les frais engagés pour les services rendus en raison d'un examen général pour « bilan de santé » ou à des fins esthétiques ne sont pas des frais admissibles.
- Frais d'ambulance pour le transport du lieu de la maladie ou de l'accident jusqu'à l'hôpital le plus proche.
- Transport sur civière par avion (en classe économique) jusqu'à votre ville de résidence canadienne si vous avez reçu un traitement en hôpital ou avez été hospitalisé pour recevoir un traitement.
- Évacuation d'urgence par un exploitant commercial autorisé à transporter des passagers d'une montagne, d'un plan d'eau ou d'un autre endroit éloigné si une ambulance régulière ne peut pas être utilisée, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.
- Soins dentaires pour les dents naturelles lorsqu'une personne a reçu un coup accidentel direct à la bouche seulement, et non pas parce qu'un objet a été sciemment ou inconsciemment placé dans sa bouche. Couverture maximale de 3 000 \$ par accident.
- Traitement en vue d'un soulagement d'urgence d'une douleur dentaire, jusqu'à concurrence de 300 \$. Ces services doivent être fournis à l'extérieur de votre province de résidence. Une lettre du dentiste traitant doit être présentée, indiquant que le traitement était nécessaire pour soulager une douleur dentaire aiguë, qui n'était pas présente avant la date du départ.
- En cas de décès, jusqu'à 7 500 \$ pour le transport de la personne décédée vers sa ville de résidence au Canada ou jusqu'à 5 000 \$ pour son incinération ou son inhumation dans la ville où le décès a eu lieu.
- Sang ou plasma sanguin lorsque celui-ci n'est pas offert gratuitement.
- Frais supplémentaires, s'il y a lieu, pour le retour par avion le plus direct (en classe économique) entre le lieu où vous avez été hospitalisé et votre ville de résidence canadienne, y compris le coût du billet de retour (en classe économique) d'un infirmier professionnel, lorsque de tels services sont nécessaires durant votre voyage de retour. Cette couverture exige une lettre du médecin traitant indiquant la nécessité médicale. Cette couverture est également offerte à votre famille (conjoint et enfants à charge) ou à un compagnon de voyage couvert par un régime d'assurance maladie de voyage de Croix Bleue du Manitoba et qui voyageait avec vous au moment de la blessure ou de la maladie.
- Soins infirmiers privés.
- Dépenses supplémentaires engagées pour hébergement et nourriture d'un parent ou ami, lui aussi couvert par un régime d'assurance maladie de voyage de Croix Bleue du Manitoba, lorsque le voyage dure plus longtemps que prévu et que cette personne demeure à vos côtés durant votre hospitalisation.
- Médicaments sur ordonnance.

- Frais de déplacement engagés par votre conjoint, un parent, un enfant, un frère ou une sœur pour venir vous tenir compagnie alors que vous êtes confiné à un hôpital situé à l'extérieur de votre province de résidence pendant au moins trois (3) jours. Frais de déplacement d'un membre de la famille pour identifier la personne décédée avant la sortie de la dépouille, si la loi l'exige. Couverture pour un aller-retour par avion, en classe économique par l'itinéraire le plus économique.
- Physiothérapie effectuée à l'hôpital.
- Services d'un chiropraticien ou podiatre. Une lettre du médecin traitant indiquant que le traitement visait à soulager une douleur aiguë plutôt que chronique.
- Réparation ou remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes à la suite d'un accident ou d'une blessure, jusqu'à concurrence de 100 \$, à condition que la blessure soit traitée par un médecin ou un dentiste.
- Une allocation de 40 \$ par jour pour chaque jour de votre hospitalisation. Couverture maximale de 1 000 \$. (Cette couverture a pour but de vous aider à assumer les frais imprévus de stationnement, d'appels téléphoniques, de taxis, etc.)
- Retour de votre véhicule si vous êtes incapable de le conduire, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ de frais.
- Frais de logement commercial et de repas pour les personnes qui voyagent dans le but de tenir compagnie à une personne alitée ou pour confirmer l'identité d'un membre de la famille décédé, jusqu'à un maximum combiné de 200 \$ par jour pour un versement de prestation maximal de 2 500 \$.
- Frais supplémentaires pour l'achat d'un billet aller-retour en classe économique pour accompagner votre enfant (jusqu'à l'âge de 18 ans) dans sa province de résidence si vous devez retourner au Canada pour des raisons médicales.
- Frais supplémentaires pour le retour de votre animal de compagnie dans votre ville de résidence au Canada, jusqu'à un maximum de 500 \$ par animal, si vous êtes hospitalisé pendant au moins trois (3) jours à l'extérieur de votre province de résidence.
- Frais de soins vétérinaires d'urgence en raison de la blessure imprévue de votre animal de compagnie, jusqu'à concurrence de 200 \$ par animal.

Exclusions et restrictions de l'assurance maladie de voyage

Les services suivants ou personnes suivantes ne sont pas admissibles :

- Dépenses engagées après les 90 premiers jours de tout voyage à l'extérieur du Canada. Si vous avez besoin de couverture pour plus de 90 jours, vous devez acheter une couverture supplémentaire vous-même.
- Les étudiants qui voyagent à l'extérieur du Canada pour étudier à temps plein.
- Les personnes se rendant à l'extérieur de leur province de résidence pour recevoir un traitement médical.
- Les personnes qui voyagent contre l'avis de leur médecin.
- Frais liés à l'hospitalisation rendue nécessaire par l'accouchement si une partie d'un voyage hors de la province de résidence survient après la 36^e semaine de grossesse.

Assistance voyage internationale

Comment trouver de bons soins médicaux lorsque vous faites face à une situation d'urgence à l'étranger? Vous ne parlez peut-être pas la langue locale, vous êtes peut-être handicapé et il est fort probable que vous ne savez pas où trouver les soins professionnels. Grâce à votre régime d'assurance collective, vous bénéficiez d'une assistance pour faire face à tous ces problèmes.

Notre service d'assistance voyage internationale demeure à la disposition des voyageurs se trouvant dans une situation médicale d'urgence n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24. Les voyageurs assurés, médecins et hôpitaux doivent contacter immédiatement le fournisseur d'assistance voyage internationale dans les situations médicales suivantes :

- Lorsque vous êtes hospitalisé ou sur le point de l'être.
- Lorsque vous avez besoin d'aide pour trouver les soins médicaux appropriés les plus proches de l'endroit où vous vous trouvez.
- Lorsqu'il est nécessaire de vérifier que vous êtes assuré (le médecin ou l'hôpital peut le confirmer en appelant le fournisseur d'assistance voyage internationale directement).
- Lorsque vous avez eu un accident et avez besoin d'un traitement médical;
- Lorsque vous avez un problème médical et nécessitez les services d'un traducteur.
- Lorsqu'une évacuation d'urgence est jugée nécessaire d'un point de vue médical (les dispositions seront prises par le biais du fournisseur d'assistance voyage internationale).
- Lorsqu'un problème médical sérieux survient.

Soyez prêt à donner le nom de la personne assurée et du client, le numéro de certificat et une description du problème.

Numéros sans frais de l'assistance voyage internationale

Au Canada et aux États-Unis, composez le 1-866-601-2583, sans frais.

Pour tous les autres pays, ou si vous avez de la difficulté à composer le numéro sans frais, composez le +1-204-775-2583, à frais virés.

Pour toute question d'ordre général, appelez Croix Bleue du Manitoba au 204-775-0151 ou, sans frais (au Manitoba seulement), au 1-800-USE-BLUE (1-800-873-2583) ou au 1-888-596-1032 (au Canada, mais à l'extérieur du Manitoba).

Appelez immédiatement le programme d'assistance voyage internationale pour vérifier vos couvertures et connaître la marche à suivre.

Ni Croix Bleue du Manitoba ni le fournisseur d'assistance voyage internationale n'est responsable de la disponibilité, de la qualité ou des résultats d'un traitement médical ou de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical pour la personne assurée.

Assurance soins dentaires

L'assurance soins dentaires est soumise à un maximum combiné de 1 750 \$ par personne, par année civile.

Vous aurez droit à un remboursement de :

- 80 % des frais admissibles pour des soins dentaires de « base »,
- 50 % des frais admissibles pour des soins dentaires « majeurs »,
- 50 % des dépenses admissibles pour les traitements « orthodontiques » (broches) pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 21 ans ou de 25 ans s'ils fréquentent, à temps plein, un établissement d'enseignement, un collège ou une université reconnu. Les versements de prestations pour les traitements orthodontiques prendront fin à ces âges.

À l'exception du Manitoba Northern Fee Guide (guide des honoraires du Nord du Manitoba), les versements de prestation sont calculés en fonction du guide des honoraires dentaires établi par l'Association dentaire du Manitoba qui est en vigueur au moment où les services sont fournis.

Soins de base couverts

1. Diagnostic :

- Examen complet toutes les 3 années civiles.
- Examen de rappel ou examen buccal couvert deux fois chaque année civile.
- Radiographies périapicales.
- Radiographies de la bouche complète ou radiographies panoramiques toutes les 2 années civiles, au besoin.
- Biopsies.

2. Soins préventifs :

- Une (1) unité de polissage deux fois par année civile.
- Application topique de fluorure. Jusqu'à 2 demandes par année civile.
- Mainteneurs d'espace (sauf lorsqu'utilisés à des fins orthodontiques).
- Appareils permettant de contrôler les mauvaises habitudes bucco-dentaires.

3. Extractions :

- Procédures non complexes pour l'extraction de dents ne pouvant plus être restaurées.

4. Chirurgie buccale :

- Procédures chirurgicales complexes réalisées au cabinet dentaire et soins postopératoires.

5. Restauration :

- Obturations réalisées à l'aide d'amalgames, de silicates, de plastiques et de porcelaines synthétiques.
- Réparation de prothèses dentaires endommagées. Ajout de dents aux prothèses dentaires existantes. Regarnissage ou rebasage des prothèses dentaires limité à une fois toutes les 3 années civiles.

6. Blessures accidentelles :

- Soins dentaires majeurs ou d'orthodontie à la suite d'un accident, jusqu'à un maximum de 1000 \$ par personne par année civile. Le traitement doit commencer dans les 90 jours suivant l'accident.

7. Endodontie :

- Procédures habituelles requises pour une thérapie pulpaire ou un traitement radiculaire.

8. **Périodontie :**
 - Procédures habituelles pour le traitement de maladies touchant les tissus et les os qui soutiennent les dents.
 - Appareil pour bruxisme, une fois toutes les 3 années civiles pour le haut et le bas.
9. **Anesthésie :**
 - Anesthésie générale ou analgésie à l'oxyde nitreux réalisée au cabinet dentaire.
10. **Consultations :**
 - Consultations exigées par le dentiste traitant.
11. **Médicaments :**
 - Coût des médicaments et des injections reçus au cabinet de dentiste.

Soins majeurs couverts

1. **Restaurations majeures :**
 - Prothèses intrinsèques et extrinsèques (une par dent toutes les cinq (5) années civiles).
 - Jaquettes, couronnes et ponts visant à reconstruire ou à remplacer des dents manquantes. (seulement une procédure par dent toutes les cinq (5) années civiles)
 - Remarque : Veuillez consulter le point 5 sous « Exclusions et restrictions ».
2. **Prothétique :**
 - Prothèses dentaires partielles ou complètes pour la mâchoire supérieure ou inférieure réalisée par un dentiste ou un denturologiste agréé. Chaque procédure ne peut être réalisée qu'une fois toutes les cinq (5) années civiles. Les allocations comprennent tous les ajustements.
 - Implants dentaires une fois par dent à vie.

Soins d'orthodontie couverts

Les soins d'orthodontie nécessitent normalement un premier paiement, puis des paiements mensuels ou trimestriels pour un traitement continu. Vous recevrez le remboursement de votre premier paiement et des paiements ultérieurs au fur et à mesure que vous recevrez les soins. Vous ne serez pas remboursé à l'avance pour des soins d'orthodontie que vous n'avez pas encore reçus.

Veuillez noter : Le versement de prestations pour soins d'orthodontie cessera lorsque l'enfant à charge ne répondra plus aux exigences d'admissibilité du régime.

Autorisation avant le traitement

L'exigence d'une préautorisation a été établie principalement pour vous protéger, permettant de résoudre tout malentendu avant un traitement dentaire coûteux.

Si le coût de tous les traitements planifiés doit dépasser 500 \$, Croix Bleue doit l'approuver à l'avance. Après avoir dressé la liste des soins prévus, votre dentiste soumettra votre formulaire de demande de règlement et des radiographies à l'appui directement à Croix Bleue. Un avis d'évaluation sera envoyé à vous et à votre dentiste.

Importance du guide des honoraires

Les prestations versées en vertu du régime sont calculées en fonction d'un guide des honoraires dentaires spécifique, élaboré par l'association dentaire de votre province. Bien qu'ils ne sont pas tenus de le faire, la majorité des dentistes établissent leurs frais selon le guide des honoraires.

Lorsque vous vous rendez pour la première fois chez un dentiste, nous vous suggérons de vous renseigner sur la manière dont les tarifs sont établis avant de faire faire quelque travail que ce soit. Si les honoraires du dentiste sont plus élevés que ceux prévus dans le guide des honoraires, vous êtes responsable de tout montant excédentaire. En aucun cas le régime ne paiera davantage que les honoraires réels du dentiste.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue du Manitoba ne remboursera pas les frais suivants :

1. Frais pour des soins supplémentaires dont ont convenu de façon privée le patient et son dentiste.
2. Programmes d'enseignement sur l'hygiène buccale et la prévention du tartre dentaire.
3. Frais pour tout appareil perdu, brisé ou volé.
4. Or, couronne, pont fixe, facettes ou autre traitement majeur alors qu'un autre matériau ou une autre procédure aurait constitué un substitut raisonnable selon les pratiques dentaires généralement reconnues. Lorsqu'un substitut raisonnable était disponible, le régime couvre les frais qui auraient été engagés pour le substitut habituel.
5. Frais distincts pour une anesthésie générale, sauf lorsqu'elle fait partie des procédures réalisées au cabinet, comme le précise votre régime.
6. Blanchiment des dents.
7. Traitement radiculaire d'une même dent permanente effectué plus d'une fois.
8. Appareils contre le ronflement ou les apnées du sommeil.
9. Frais pour des traitements dispensés par une autre personne qu'un dentiste, sauf pour les traitements dispensés dans un cabinet dentaire par un personnel dûment autorisé ou agréé à effectuer de tels traitements en vertu des statuts et des règlements professionnels applicables sous la supervision et la direction d'un dentiste.
10. Clichés diagnostiques.
11. Pièces d'adjonction de précision.
12. Hypnose et psychothérapie dentaire.
13. Disposition des installations ayant trait à l'anesthésie générale.
14. Polissage de restaurations.
15. Toute procédure reliée à l'odontologie médico-légale.

Exclusions générales

Croix Bleue du Manitoba ne remboursera pas les frais suivants :

- Tous frais engagés pour une chambre d'hôpital sauf si couverts en vertu du régime d'assurance maladie de voyage.
- Fournitures ou services reçus, à moins que la personne soit couverte par le régime d'assurance maladie du gouvernement de sa province.
- Fournitures et services auxquels une personne a droit sans frais en vertu de la loi ou pour lesquels des frais sont exigés seulement parce que la personne est couverte par un régime d'assurance.
- Fournitures et services qui ne paraissent pas dans la liste des frais couverts.
- Services ou fournitures aux fins esthétiques.
- Services associés au traitement d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Implants dentaires.
- Frais engagés pour remplir des formulaires de demande ou pour les rendez-vous manqués.
- Services couverts ou offerts en vertu d'une loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, par un ministère gouvernemental ou par une tierce partie redevable.
- Frais pour des services offerts avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.
- Soins d'orthodontie.
- Frais pour fournitures et services reçus par une personne qui réside normalement dans la demeure du patient ou qui est un parent proche du patient.
- Croix Bleue du Manitoba n'est responsable ni de la disponibilité ni de la disposition des fournitures et des services décrits aux présentes.
- Les services rendus par un praticien dont les qualifications ne satisfont pas aux critères établis par Croix Bleue du Manitoba et dont les services ont été jugés inadmissibles par Croix Bleue du Manitoba.
- Les frais liés aux catégories suivantes de médicaments ou de services :
 - les médicaments qui dépassent un approvisionnement de 100 jours;
 - les médicaments en vente libre;
 - les injections dans les varices;
 - les aides au sevrage du tabac;
 - les vitamines;
 - les traitements pour la perte de poids, les protéines et les aliments ou compléments alimentaires;
 - les produits de santé naturels, y compris les produits homéopathiques, les médicaments à base de plantes, les médicaments traditionnels, les compléments nutritionnels et diététiques;
 - les traitements de fertilité;
 - les traitements de la dysfonction sexuelle; ou
 - toutes les formes de cannabis.

Demandes de règlement

Les formulaires de demande de règlement pour les prestations suivantes sont offerts en ligne à :

www.mpsebp.ca ou www.mb.bluecross.ca

Veuillez conserver votre « Relevé des prestations » aux fins de l'impôt sur le revenu, étant donné que les originaux de vos reçus médicaux ne vous seront pas retournés.

Remarque : Les demandes de règlement pour les prestations décrites ci-dessous présentées plus de 24 mois suivant la (les) date(s) à laquelle les soins ont été obtenus ne seront pas acceptées. Toute action en justice ou poursuite à l'égard d'un assureur (c.-à-d. la compagnie) visant à recouvrer les sommes payables en vertu de ce certificat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prescrit par la Loi sur les assurances.

Couverture de transport en ambulance

Les services ambulanciers vous sont offerts sur présentation de votre carte d'identification Croix Bleue du Manitoba; vous n'avez rien de plus à faire. Si vous êtes tenu de payer ces services, soumettez un reçu pour chacun d'eux afin d'obtenir un remboursement.

Assurance maladie complémentaire

Les demandes de règlement pour des frais admissibles en vertu de votre assurance maladie complémentaire doivent être accompagnées d'un formulaire de demande de règlement dûment rempli, des reçus détaillés et de la documentation requise, c.-à-d. l'ordonnance du médecin, la demande d'aiguillage et le relevé du régime provincial.

Médicaments sur ordonnance

Vous pouvez obtenir les prestations liées aux médicaments sur ordonnance par le système de paiement BlueNet. Lorsque vous achetez des médicaments, veuillez présenter votre carte d'identification BlueNet à votre pharmacien de toute pharmacie participante. Le pharmacien saisira les renseignements de votre certificat ainsi que les détails sur votre achat de médicament et votre demande de règlement sera traitée en quelques secondes. Toute partie de votre achat admissible en vertu de votre régime sera payée directement à la pharmacie par Croix Bleue du Manitoba.

Si votre pharmacie n'utilise pas le système BlueNet, vous devrez payer vos médicaments sur ordonnance et soumettre une demande de règlement. Il est possible de transmettre vos demandes de règlement par l'entremise du service électronique de soumission des demandes de règlement en ligne dans mybluecross^{MD} ou en remplissant la version papier du formulaire de réclamation.

Le service de soumission des demandes de règlement en ligne vous permet d'envoyer vos demandes de règlement pour médicaments par voie électronique à Croix Bleue du Manitoba dans le confort de votre demeure. Le paiement des demandes de règlement est déposé directement dans votre compte bancaire par dépôt direct en deux à trois jours ouvrables. Vous pouvez accéder aux soumissions de demandes de règlement en ligne en ouvrant une session dans mybluecross^{MD} ou en vous inscrivant sur ce site. Vous devez aussi vous assurer que vous êtes inscrit au dépôt direct.

Les demandes de règlement en ligne sont assujetties à des vérifications aléatoires. Si c'est le cas, vous devrez soumettre vos reçus à Croix Bleue du Manitoba dans un délai de 30 jours. Même si votre demande de règlement est acceptée sans vérification, nous vous demandons de conserver vos reçus pendant un (1) an au cas où nous aurions besoin de ces documents.

Si vous achetez des médicaments admissibles chez Costco ou Express Scripts Canada (ESC), les ordonnances sont livrées gratuitement à votre domicile ou à l'adresse de votre choix (certaines conditions s'appliquent). Une carte de membre Costco n'est pas requise pour utiliser leur pharmacie. Pour vous inscrire à ESC, allez à <https://pharmacy.express-scripts.ca/MPSE> (code VIP : MPSE), ou composez le 1-855-550-6337.

Prestations de soins de la vue

Les demandes de règlement des frais de soins de la vue admissibles doivent être soumises à Croix Bleue du Manitoba aux fins de remboursement. Il est possible de soumettre vos demandes de règlement par l'entremise du service électronique de soumission des demandes de règlement en ligne ou en vous servant du formulaire de demande pour l'assurance maladie que vous aurez rempli, accompagné des reçus détaillés de l'optométriste ou de l'opticien.

Assurance maladie de voyage

Toutes les demandes de règlement liées aux voyages peuvent être soumises à CanAssistance en vous servant de la fonction de téléchargement sécurisé sur son site Web canassistance.com ou par la poste à :

Demandes de règlement de frais de voyage CanAssistance
Case postale 3888, Succ. B
Montréal (Québec) H3B 3L7

En cas de demande de règlement, vous devrez fournir une preuve attestant vos dates de départ et de retour (billets d'avion, estampilles de passeport, cartes d'embarquement, itinéraires de voyage et reçus datés constituent des exemples de preuves acceptables).

Les formulaires de voyage de CanAssistance à l'intention des membres de Croix Bleue du Manitoba sont disponibles sur le site Web de Croix Bleue du Manitoba.

Pour toute question au sujet de votre demande de règlement, veuillez communiquer avec CanAssistance au 1-866-601-2583 (sans frais).

Votre couverture d'assurance maladie de voyage sera admissible à la facturation directe auprès des médecins, hôpitaux et cliniques aux États-Unis qui font partie du réseau CanAssistance. Cela signifie que si vous êtes admissible et que le service est réputé être couvert, les frais médicaux seront traités sans délai. Vous n'aurez pas à payer de frais médicaux à l'avance et attendre de vous faire rembourser. Vous n'aurez qu'à signer et soumettre le formulaire de demande de règlement et payer les autres frais occasionnés (p. ex., les médicaments sur ordonnance).

Voici comment fonctionne la facturation directe aux États-Unis :

- 1) Avant de recevoir un traitement, communiquez avec CanAssistance au 1-866-601-2583 (sans frais) ou au 204-775-2583 (à frais virés – un indicatif de pays peut être requis). Ces numéros sont également indiqués au verso de la carte d'identification de Croix Bleue du Manitoba.
- 2) Un représentant de CanAssistance confirmera votre couverture pour soins médicaux d'urgence.
- 3) Le représentant vous dirigera vers l'établissement médical le plus près d'où vous vous trouvez et vous enverra par courriel une carte d'identification à présenter en arrivant. Il transmettra également un formulaire d'autorisation de service à l'établissement. L'un ou l'autre de ces documents vous évitera de payer vos soins médicaux à l'avance ou d'effectuer un acompte.
- 4) À la suite du traitement, CanAssistance passera en revue les détails particuliers de votre demande de règlement et, à condition qu'aucune exclusion spécifique à votre traitement ne soit présente, le paiement sera versé directement à l'établissement médical.

Avant de poster votre demande de règlement, veuillez vous assurer :

- 1) de vous identifier à l'aide de votre numéro de client et de certificat (indiqués sur votre carte d'identification); et
- 2) de signer le formulaire de demande.

Coordination des prestations

La coordination des prestations est possible lorsque les deux conjoints bénéficient d'une assurance maladie ou d'une assurance soins dentaires offerte par leur employeur ou dans le cadre de leurs régimes individuels ou de retraités.

Conformément à la disposition « Coordination des prestations », vous êtes autorisé à présenter des demandes de règlement aux deux régimes à condition que le total des prestations reçues ne dépasse pas les dépenses réellement engagées.

Si vous êtes le bénéficiaire des services, Croix Bleue du Manitoba est alors la compagnie d'assurance « principale » et c'est elle qui verse les prestations dues en premier. L'autre assureur est alors responsable de tous les autres frais admissibles non remboursés.

Lorsque les services sont rendus à votre conjoint(e), son assureur constitue alors la compagnie d'assurance « principale » et c'est lui qui verse les prestations dues en premier. Votre conjoint(e) devra alors soumettre un formulaire de demande de règlement à son assureur. Après avoir reçu le paiement, tous les autres frais admissibles impayés peuvent être soumis à Croix Bleue du Manitoba avec un formulaire de demande de règlement rempli (précisant votre numéro de certificat) et le relevé des prestations versées ou refusées par l'autre assureur.

Si les services sont rendus à un enfant à charge, le régime de la personne couverte dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année devient la compagnie d'assurance « principale ». La demande de règlement est alors traitée conformément à la procédure indiquée ci-après.

Cas de monogarde

Le régime qui versera les prestations à vos enfants à charge est déterminé selon l'ordre suivant :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

Cas de garde conjointe

Le régime qui versera les prestations à vos enfants à charge est déterminé selon l'ordre suivant :

- le régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année;
- le régime de l'autre parent;
- le régime du conjoint du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année;
- le régime du conjoint de l'autre parent.

Autres scénarios

Si vous êtes couvert par un employeur et une police individuelle, le régime individuel pourrait être considéré comme second payeur après la couverture offerte en vertu de votre assurance collective.

Si vous êtes couvert par un régime de retraite et d'assurance collective, les demandes de règlement devraient alors être soumises en premier lieu à votre régime d'assurance collective, votre régime de retraite étant considéré comme second payeur.

Les demandes de règlement ne devraient pas être soumises à Croix Bleue du Manitoba lorsqu'une autre compagnie est la principale compagnie d'assurance et que votre ou vos personnes à charge sont couvertes par une autre compagnie. Lorsqu'il reste un solde impayé sur une demande de règlement remboursée par une autre compagnie, Croix Bleue du Manitoba traitera le solde restant. N'oubliez pas d'inclure avec votre demande de règlement une copie du sommaire du paiement ou une explication des prestations versées par l'autre compagnie, afin que le solde impayé puisse être traité pour remboursement jusqu'à concurrence de 100 % de la valeur de la demande de règlement.

Accédez à votre régime en une seule étape facile!

Inscrivez-vous dès aujourd'hui à mybluecross^{MD} pour avoir accès à tous les renseignements concernant votre régime, n'importe où et en tout temps.

Accès rapide aux informations suivantes :

Mes demandes de règlement :

- Soumettre une demande de règlement
- Voir l'historique d'une demande de règlement
- Voir l'historique des paiements

Ma couverture :

- Accéder aux renseignements sur la couverture
- Confirmer les exigences relatives aux demandes de règlement
- Vérifier l'admissibilité aux prestations

Mon compte :

- Modifier le mot de passe du courriel et la question de sécurité
- Demander une nouvelle carte d'identification
- Mettre à jour les renseignements sur le dépôt direct
- Mettre les certificats à jour

De plus, grâce à mybluecross^{MD}, vous aurez un accès exclusif à Ma Bonne Santé^{MD} (notre ressource virtuelle sur la santé) et à Avantage bleu^{MD} (notre programme national de rabais).

Comment s'inscrire :

- Visitez www.mb.bluecross.ca
- Cliquez sur Register (s'inscrire) dans le coin droit supérieur de n'importe quelle page.
- Saisissez les renseignements se trouvant sur votre carte d'identification et vérifiez votre compte.

Croix Bleue du Manitoba accorde énormément d'importance à l'intégrité et à la protection des renseignements. Soyez assuré que toutes vos informations sont conservées de manière sûre et confidentielle.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Croix Bleue du Manitoba au 204-775-0151 ou, sans frais, au 1-800-USE-BLUE (873-2583).

Dépôt direct

Après vous être inscrit à mybluecross^{MD}, vous pouvez faire une demande de dépôt direct et jouir de la commodité des paiements de réclamation déposés directement dans votre compte bancaire.

Le dépôt direct permet de transférer des fonds directement d'un compte bancaire à un autre sans manipulation d'argent comptant.

Le dépôt direct est une méthode de paiement de réclamations sûre et fiable.

Le dépôt direct contribue à éliminer la perte ou le vol de chèques et permet d'éviter qu'ils ne soient envoyés à une mauvaise adresse.

Une fois que vous aurez effectué l'inscription au dépôt direct, on vous avisera par courriel lorsque le paiement de votre demande de règlement aura été effectué et que le remboursement aura été déposé. Vous aurez accès aux informations se rapportant aux détails et à l'état des demandes de règlement disponibles pour la revue et l'impression. Vous pourrez également accéder à vos informations bancaires et y apporter des changements en tout temps.

Comme pour tout service offert sur le Web, l'intégrité et la protection des informations sont très importantes pour Croix Bleue du Manitoba. Soyez assuré que toutes vos informations sont conservées de manière sûre et confidentielle.

Changement de situation familiale

Signalement de changements

Vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant un changement dans votre propre situation ou dans celle de votre personne à charge causé par un mariage, un divorce, une séparation, la cessation de la situation assimilable à une relation conjugale, un décès, un changement d'adresse, une naissance ou une adoption légale.

La majorité des changements de situation peuvent être déclarés à l'aide du formulaire « Avis de modification » disponible auprès de votre employeur.

Si vous avez décidé de ne pas vous inscrire au régime parce que vous êtes couvert par une autre couverture collective administrée par l'employeur qui prend fin par la suite, vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant la cessation de la couverture afin de vous inscrire à ce régime. Vous ne serez autorisé à adhérer à ce régime qu'avec la preuve que l'autre couverture collective administrée par l'employeur à laquelle vous étiez inscrit a pris fin.

Naissances

Vos nouveau-nés doivent être ajoutés à votre régime à titre de personnes à charge dans les 90 jours suivant leur naissance.

Divorce

Dans le cas d'un divorce, votre conjoint divorcé ou vos enfants à charge peuvent demander le maintien de la couverture. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Croix Bleue du Manitoba.

Cessation de la couverture

Dès réception de l'avis de cessation d'emploi, la couverture est automatiquement résiliée à la fin du mois durant lequel la cessation a eu lieu ou au 31 août si votre cessation d'emploi survient à la fin de l'année scolaire en juin ou pendant les mois d'été. Des primes sont exigées pendant cette période.

Pour conserver une couverture similaire sur une base individuelle, communiquez avec Croix Bleue du Manitoba pour obtenir plus de détails.

Remarque : Suite à l'inscription à cette assurance collective, vous ne pourrez pas choisir de ne plus y participer tant que vous demeurerez à l'emploi de votre employeur, sauf si vous êtes inscrit à une autre couverture collective administrée par l'employeur. Dans ce cas, votre demande d'annulation doit parvenir à votre employeur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime.

Carte d'identification

Peu après avoir adhéré au régime, vous recevrez une carte d'identification. Cette carte vous identifie, de même que vos personnes à charge admissibles et le type de couverture fournie. Lorsque vous soumettez vos demandes de règlement en vertu de ce régime, assurez-vous d'inscrire votre numéro de certificat dans l'espace prévu à cette fin sur le formulaire de demande.

Si vous avez perdu ou égaré votre carte d'identification, ouvrez une session dans mybluecross^{MD} afin d'imprimer une carte d'identification temporaire. Un message sera envoyé automatiquement à Croix Bleue du Manitoba afin qu'elle puisse vous émettre une nouvelle carte d'identification permanente. Cette nouvelle carte vous sera envoyée dans les cinq (5) jours ouvrables.

Important : Veuillez lire

Votre régime de prestations est offert directement par le Manitoba Public School Employees Benefits Plan Trust (Fonds d'avantages sociaux pour les employés des écoles publiques du Manitoba), qui assume l'entière responsabilité du financement des demandes de règlement (à l'exclusion de l'assurance voyage). Croix Bleue du Manitoba assume la responsabilité des demandes de règlement pour les voyages.

Cette brochure constitue un sommaire de l'assurance offerte en vertu du contrat du client. S'il y a divergence entre les conditions du présent sommaire et celles du contrat du client, les conditions du contrat du client auront préséance.

Pour toute question au sujet du contrat du client, veuillez communiquer directement avec votre employeur.

Croix Bleue du Manitoba rembourse les frais admissibles (à vous directement ou au fournisseur de services) conformément aux dispositions du contrat du client, mais elle ne peut garantir ni la disponibilité ni la prestation des services.

De plus, lorsqu'elle détermine les modalités de paiement, Croix Bleue du Manitoba se réserve le droit d'évaluer la somme à verser en fonction du guide tarifaire approuvé pour le service en question ou en fonction des frais habituels et raisonnables, au bon jugement de Croix Bleue du Manitoba.

Nous sommes là pour vous.

EN LIGNE

www.mb.bluecross.ca

Renseignements sur la couverture, l'historique des demandes de règlement et soumettre une demande de règlement en ligne par le biais de mybluecross^{MD}

24 heures sur 24

EN PERSONNE

Centre de service à la clientèle

599, rue Empress

9 h à 16 h

Lundi au vendredi

Boîte de dépôt des demandes de règlement

24 heures sur 24

PAR TÉLÉPHONE

204-775-0151 (à Winnipeg)

1-888-596-1032 (sans frais)

8 h à 17 h 30

Lundi au vendredi

PAR COURRIER

Croix Bleue du Manitoba

Case postale 1046, Succ. Main

Winnipeg (Manitoba) R3C 2X7

PAR TÉLÉCOPIEUR

204-772-1231 (demandes de règlement seulement)

24 heures sur 24



^{MD*} Le symbole et le nom de Croix Bleue, Colour of Caring, mybluecross et Avantage bleu sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, autorisées sous licence indépendante par Croix Bleue du Manitoba. [†] Blue Shield est une marque de commerce déposée de l'association Blue Cross Blue Shield. ^{MD} Ma Bonne Santé est une marque de commerce déposée de Pacific Blue Cross, utilisée avec permission.